



Club de Canoë-Kayak de la Haute Vallée de l'Hérault

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU CANOË-KAYAK ET SPORTS DE PAGAIE

Je soussigné(e), _____,
docteur en médecine demeurant _____,
certifie avoir examiné Mme/Mlle/M. _____
né(e) le ____ / ____ / _____ à _____
et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique contre-indiquant la pratique du canoë-kayak et sports de pagae,
y compris en compétition.

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Cachet et signature du médecin

N.B : certificat médical de moins de 3 mois à fournir lors de la 1^{ère} inscription
Valable 3 ans (année N, N+1, N+2)